normale. L'anasarque persiste quelquefois un peu plus longtemps ou bien disparaît avant l'albuminurie. Ces deux symptômes n'ont pas une corrélation constante; on a observé, à la suite de la scarlatine, des cas d'*anasarque sans albuminurie*.

D'autres fois, la maladie s'aggrave; l'anasarque peut s'étendre à tout le corps. Les paupières, les mains sont le siège d'un œdème considérable; des *épanchements séreux* se forment dans les plèvres, le péricarde, le péritoine, les méninges, ou bien on observe un *œdème des poumons*, qui se manifeste par de la dyspnée et des râles sous-crépitants fins. Cette dernière complication surtout est d'un pronostic grave et peut amener rapidement une terminaison fatale. Plus rarement, les plis aryténo-épiglottiques sont envahis par l'infiltration, et le petit malade est emporté par l'*œdème de la glotte*.

Une des manifestations les plus redoutables de la néphrite scarlatineuse est l'*encéphalopathie urémique*. Cette complication éclate de préférence lorsque l'anasarque est peu marquée, elle peut même parfois devancer l'apparition de celle-ci. Elle est toujours précédée par une diminution brusque dans la quantité de l'urine et de ses produits excrémentitiels. Son début peut être insidieux. Quelquefois elle ne se manifeste que par de l'assoupissement et des troubles visuels, mais en général elle se caractérise par des attaques de convulsions précédées de céphalalgie et de vomissements. L'enfant est pris parfois d'accidents simulant en tous points une crise épileptique avec contractions toniques et stade de ronflement; plus souvent l'attaque se borne à des convulsions cloniques générales ou partielles, accompagnées de coma ou, plus rarement, d'un véritable délire maniaque. Ces attaques se suivent à des intervalles plus ou moins rapprochés et peuvent se répéter plusieurs jours de suite. Elles se terminent quelquefois par la mort; plus souvent, cependant, elles cessent au bout de quelques jours, et le rétablissement est complet. Une statistique de 29 cas d'encéphalopathie albuminurique aiguë dans l'enfance, rapportée par Louis Monod, donne 22 guérisons et 7 morts; sur 14 cas observés par Sanné, 5 seulement se terminèrent fatalement.

On a signalé, dans le cours de la néphrite scarlatineuse, comme dans celui des autres néphrites, l'*hypertrophie du ventricule gauche*; cette hypertrophie peut être insuffisante et se compliquer d'une *dilatation aiguë* du ventricule qui serait parfois une cause de mort rapide à la suite de la scarlatine. Nous avons observé, comme premiers signes de l'insuffisance cardiaque, une augmentation de la matité du cœur à droite et la présence d'un bruit de galop.

Dans quelques cas rares, la néphrite scarlatineuse, au lieu de disparaître, prend une marche chronique et devient l'origine d'une *maladie de Bright* persistante ou d'une *albuminurie cyclique*.

La néphrite scarlatineuse a été attribuée à l'action du froid; souvent, en effet, on peut en expliquer l'apparition par un refroidissement; mais, dans bien des cas, elle survient sans cause extérieure appréciable. En outre, sa plus grande fréquence dans certaines épidémies montre que le génie épidémique joue un rôle dans sa production. Elle est évidemment liée tout d'abord à l'élimination du streptocoque par les reins, et peut-être aussi à la suppression plus ou moins complète des fonctions de la peau pendant la période de desquamation; le refroidissement ne joue dans son apparition que le rôle de cause occasionnelle.

Autres complications. — Parmi les complications plus rares de la scarlatine, nous mentionnerons :

La *glossite*, qui n'est que l'exagération de la tuméfaction de la muqueuse linguale habituelle dans la scarlatine (dans un cas observé par Sanné, la langue était largement ulcérée); la *stomatite pseudo-membraneuse* non diphtérique; les *abcès rétro-pharyngiens*, qui compliquent quelquefois l'angine scarlatineuse; le *coryza*, qui peut coïncider avec une angine intense ou se montrer sous forme d'*ozène* pendant la convalescence; la *pneumonie*, accident rare, observé surtout pendant la convalescence; le *ramollissement de la cornée* avec *panophtalmie*; l'*érysipèle de la face*, des *gangrènes* diverses, la *leucorrhée*, qui ont été signalés par quelques auteurs, mais sont exceptionnels.

L'*otite* peut survenir dans le cours ou à la suite de la scarlatine (Burckhardt-Merian, Gottstein). Elle succède quelquefois à une simple irritation de la muqueuse de l'oreille moyenne qui accompagne la pharyngite et se traduit par un catarrhe ou une suppuration de la caisse du tympan qui se terminent presque toujours favorablement. Mais, lorsqu'elle est caractérisée par une inflammation profonde de la muqueuse, son pronostic est beaucoup plus grave; elle entraîne fréquemment la perforation ou la destruction complète du tympan, la suppuration des cellules mastoïdiennes et même la carie du rocher. Elle est souvent l'origine d'une otorrhée chronique et d'une surdité plus ou moins complète et persistante qui, chez les petits enfants, peut amener la surdi-mutité.

Pendant la convalescence de la scarlatine, on voit, comme à la suite d'autres affections fébriles, survenir des *abcès sous-cutanés*.

Diverses complications ont été signalées dans la convalescence de la scarlatine; signalons en particulier l'*urticaire* et le *purpura* observé plusieurs fois et qui, dans un cas où il s'était montré dans la troisième semaine de la maladie chez un enfant appartenant à une famille d'hémophiles, amena une terminaison fatale (Reid Davies) (1). La *névrite optique*, des *paralysies* diverses, surtout des *hémiplégies*, ont été observées par quelques auteurs, mais moins souvent qu'après

(1) Reid Davies, *Brit. med. Journ.*, 28 fév. 1892.

d'autres fièvres éruptives ; Taylor a vu un enfant succomber, quinze jours après le début d'une scarlatine, à une attaque d'hémiplégie due à une embolie cérébrale d'origine cardiaque. Goodall (1) a constaté la *thrombose des veines de Galien* chez une petite fille morte le onzième jour d'une scarlatine après avoir présenté une fièvre intense, des convulsions suivies d'une rigidité générale et du coma.

Coïncidence avec d'autres affections. — Fièvres éruptives. — La coïncidence des autres fièvres éruptives avec la scarlatine a été surtout constatée dans les hôpitaux d'enfants où l'isolement n'est pas pratiqué. Il est rare que la scarlatine se développe en même temps que la *variole* ; la plupart des cas cités comme des exemples de cette coïncidence n'étaient probablement que des faits de rash variolique scarlatiniforme ; cependant Bez (2) en a rapporté quelques-uns qui semblent incontestables. La scarlatine peut aussi se compliquer de *rougeole* et de *varicelle*. Dans ces cas de coexistence des fièvres éruptives, d'après Bez, l'exanthème scarlatineux, bien que se montrant le premier, est en fait presque toujours une affection incidente secondaire. Les périodes d'incubation et d'invasion de la rougeole, de la variole et de la varicelle étant beaucoup plus longues que celles de la scarlatine, il en résulte que l'éruption scarlatineuse a déjà disparu lorsque apparaît l'autre éruption. Dans les cas de rougeole et de scarlatine, les accidents locaux, les complications viscérales, sont le plus souvent de provenance scarlatineuse. Dans les cas de coïncidence de la variole et de la scarlatine, la variole est habituellement légère, les accidents secondaires qui peuvent survenir sont presque toujours dus à la scarlatine. Bez fait remarquer que, chez les enfants, le pronostic des scarlatines compliquées d'autres fièvres éruptives est toujours assez grave.

Fièvre typhoïde. — Cette affection n'a guère été observée en même temps que la scarlatine ; il n'en existe pas, d'après Sanné, d'exemple probant, mais on a vu quelquefois la scarlatine succéder à la fièvre typhoïde, sans que sa marche fût notablement modifiée.

Diphtérie. — La diphtérie peut compliquer la scarlatine. Cette coïncidence n'est pas aussi fréquente qu'on le croyait à une époque où l'on confondait les angines pseudo-diphtériques à streptocoques avec les angines à bacille de Löffler. Ainsi, sur 100 cas d'angine scarlatineuse, Sellner (3) n'a trouvé que deux fois dans la gorge le vrai bacille diphtérique, et encore n'était-il pas virulent. Par contre, Ranke a trouvé ce bacille dans plus de la moitié des cas d'angines pseudo-membraneuses qu'il a observées dans le cours de la scarlatine.

Bourges avait déjà montré que la diphtérie survient très rarement au début de la scarlatine et que cette redoutable complication

(1) Goodall, *Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, 23 mars 1897.
(2) Bez, Thèse de Paris, 1877.
(3) Sellner, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, p. 900.

ne s'observe guère avant le cours de la seconde semaine, d'où le nom d'angine tardive qu'il lui a donnée. L'examen bactériologique s'impose cependant de suite dans tous les cas d'angine à fausses membranes dans le cours de la scarlatine et doit être pratiqué à diverses reprises, afin que le sérum antidiphtérique soit injecté immédiatement si on trouve le bacille de Löffler.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la scarlatine se fonde sur l'aspect spécial de l'éruption et sur l'existence de l'angine ; il n'offre pas de difficulté dans les cas où ces deux symptômes sont bien marqués. Lorsque le médecin sera appelé après la disparition de l'exanthème, l'existence de la desquamation de la langue et, plus tard, de celle de la peau, et souvent l'apparition de l'anasarque et de l'albuminurie lui permettront de faire rétrospectivement le diagnostic.

La scarlatine n'est difficile à reconnaître que dans la période d'invasion ou dans les cas où les symptômes caractéristiques sont anomaux, peu marqués ou font entièrement défaut. Les *scarlatinettes* sont souvent méconnues et causent parfois de désagréables surprises (anasarque, accidents urémiques) à la période de desquamation. Dans les cas douteux, c'est aux aines et aux aisselles qu'il faut chercher l'éruption ; c'est là son lieu d'élection.

Pendant la période d'invasion, l'intensité de la fièvre, les vomissements et l'apparition d'une douleur au fond de la gorge permettront cependant le plus souvent d'annoncer l'éruption scarlatineuse.

Au début d'une scarlatine maligne, les symptômes ataxiques ou adynamiques peuvent faire croire à une *méningite aiguë* ou à une *fièvre typhoïde*, et le diagnostic restera incertain jusqu'à l'apparition de l'exanthème et de l'angine ; cependant, une hyperthermie considérable et l'existence d'une épidémie de scarlatine permettront déjà, dans bien des cas, de soupçonner le véritable caractère de la maladie.

Les autres fièvres éruptives ne peuvent être confondues avec la scarlatine.

La *rougeole* s'en distingue par la longueur de ses prodromes, par la congestion oculaire, le coryza et la bronchite qui l'accompagnent, par l'absence habituelle d'une véritable angine, et surtout par l'aspect si différent de l'éruption, qui est formée de taches disséminées, séparées par des intervalles de peau saine, au lieu d'être étalées en larges plaques confluentes comme dans la scarlatine.

La *variole* ne peut être confondue avec la scarlatine que lorsque l'éruption pustuleuse qui la caractérise est précédée d'un *rash scarlatiniforme* ; mais, même alors, l'ensemble des phénomènes du début de la maladie, tels que la rachialgie, les pustules de la gorge, devront empêcher une confusion qui sera d'ailleurs rapidement dissipée par l'apparition des papules varioliques.

Les *érythèmes scarlatiniformes* donnent lieu souvent, au début, à des erreurs de diagnostic ; on les distinguera par l'absence d'angine et de desquamation de la langue, le peu d'intensité des symptômes généraux et le prurit dont ils s'accompagnent souvent et qui est généralement plus marqué que dans la scarlatine; ces éruptions sont d'ailleurs souvent symptomatiques d'une affection, telle que la grippe, la septicémie, la diphtérie, ou sont provoquées par l'ingestion d'un médicament (belladone, antipyrine, quinine) ou par des frictions mercurielles; dans ce cas, les commémoratifs éclaireront le diagnostic. Nous avons cependant observé chez une petite fille un cas d'érythème scarlatiniforme spontané, accompagné d'une fièvre si vive qu'il était impossible au début de ne pas le prendre pour une véritable scarlatine. L'absence d'une angine bien caractérisée et la chute rapide de la fièvre nous firent bientôt rectifier le diagnostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la scarlatine est généralement peu grave ; la terminaison de cette maladie est favorable dans la grande majorité des cas, mais cette bénignité habituelle souffre de nombreuses exceptions Dans quelques épidémies de scarlatine, la mortalité a été effrayante, et on peut dire que dans certains cas rien n'est plus perfide que cette affection ; même dans des épidémies en apparence légères, il survient quelquefois des cas malins rapidement mortels.

Certaines conditions étiologiques aggravent également le pronostic de la scarlatine ; c'est ainsi qu'elle est plus grave dans la première que dans la seconde enfance et que la scarlatine secondaire a souvent une terminaison fatale. Nous avons dit que la question de race jouait aussi un certain rôle dans les chances de gravité de la maladie ; c'est ainsi que la scarlatine est plus à redouter en Angleterre qu'en France, et dans la Suisse allemande qu'à Genève.

Parmi les symptômes qui doivent faire porter un fâcheux pronostic, il faut mentionner en premier lieu l'élévation extrême de la température ; tant que le thermomètre reste au-dessous de 40°, il n'y a pas lieu de s'effrayer; mais, s'il atteint 41° et surtout s'il se maintient pendant quelque temps à une pareille hauteur, le danger est imminent ; il l'est beaucoup moins si l'exacerbation thermique n'est que passagère. L'apparition de l'angine pseudo-diphtérique ou de symptômes ataxiques, de syncopes, d'une diarrhée incoercible, d'hémorragies, tous phénomènes qui caractérisent les formes malignes, est aussi d'un pronostic très grave.

Parmi les complications, les phlegmasies suppurées et la diphtérie sont surtout redoutables. La néphrite scarlatineuse guérit le plus souvent, mais, lorsqu'elle amène une anasarque considérable, des épanchements dans les séreuses, de l'œdème pulmonaire ou des accidents d'encéphalopathie, le pronostic, sans être nécessairement fatal, est notablement aggravé. Enfin, la possibilité de l'établissement d'une

affection organique du cœur, d'une maladie de Bright chronique, de troubles persistants de l'ouïe à la suite de la scarlatine, font que cette maladie ne doit jamais être considérée comme indifférente, et qu'il est du devoir de tout médecin d'en combattre la propagation par une sérieuse prophylaxie.

TRAITEMENT. — **Prophylaxie.** — Un certain nombre de médicaments, particulièrement la belladone, ont été vantés comme préservatifs de la scarlatine ; l'expérience a prouvé que leur action prophylactique est absolument illusoire. Le seul moyen d'empêcher la propagation de la scarlatine est de séquestrer rigoureusement les enfants atteints de cette affection jusqu'à la fin de la desquamation. C'est là un des principaux avantages de la réclusion de six semaines généralement imposée aux scarlatineux. Dans les hôpitaux, on isolera toujours les malades atteints de scarlatine, comme de toute autre affection contagieuse.

La désinfection de ceux qui sont guéris s'impose avant qu'ils soient admis à la libre pratique. On prescrira dans ce but, pendant quatre ou cinq jours de suite, un lavage à l'eau et au savon noir de tout le corps sans oublier le cuir chevelu (Sevestre) (1) ; cette opération sera suivie d'un grand bain tiède d'une demi-heure et terminée par une onction générale avec la vaseline boriquée. Après le dernier bain, donné hors de la chambre d'isolement, on habillera l'enfant de vêtements nouveaux, et il ne restera plus qu'à désinfecter la chambre et les habits portés pendant la maladie.

Traitement curatif. — Lorsque la scarlatine est légère ou d'intensité moyenne, elle ne demande pas un traitement actif. Des boissons rafraîchissantes, un gargarisme à l'acide salicylique, une tisane légèrement diaphorétique, parfois un laxatif, rempliront toutes les indications. L'alimentation sera diminuée sans être entièrement supprimée pendant la période fébrile, et on prescrira surtout le lait, dont l'usage exclusif a été recommandé comme un moyen préventif de la néphrite. On tiendra le petit malade dans une chambre bien aérée, à la température de 15 à 18° et tant que la desquamation ne sera pas terminée, on prendra les plus grandes précautions contre l'action du froid. On veillera à ce que le lit ne soit pas placé dans un courant d'air entre les fenêtres et la porte ou la cheminée, et, lorsqu'on ouvrira les fenêtres pour renouveler l'air de la chambre, l'enfant se blottira soigneusement sous ses couvertures. Toutes les fois que la chose sera possible, on mettra deux chambres également chauffées à sa disposition, et il se tiendra dans l'une pendant qu'on aérera l'autre. En hiver, les convalescents de scarlatine ne devront sortir que cinq ou six semaines après la disparition de l'exanthème,

(1) Sevestre, *Études de clinique infantile*. Paris, 1890, p. 255.

et il sera prudent pendant quelque temps de les vêtir entièrement de flanelle. Dans la saison chaude, les précautions seront moins rigoureuses; on ne devra cependant pas permettre aux malades de circuler tant qu'ils seront encore en desquamation.

Si la scarlatine présente une grande intensité ou des anomalies inquiétantes, diverses indications se présenteront.

Lorsque la violence de la fièvre menace sérieusement la vie, il est nécessaire de combattre avant tout l'hyperthermie. L'*eau froide* rendra alors de grands services, et on a pu attribuer un certain nombre de guérisons à l'emploi des affusions froides, dans des cas qui semblaient désespérés. Ces affusions se font en versant deux ou trois seaux d'eau, entre 15 et 20°, sur le corps de l'enfant placé nu dans une baignoire ou déjà plongé dans un demi-bain tiède; on obtient ainsi un abaissement assez rapide de la température et généralement une diminution dans l'intensité des troubles cérébraux; le malade éprouve un grand bien-être et l'éruption, loin de pâlir, est plutôt ranimée; sa sortie est activée, si elle se faisait mal. Mais l'amélioration n'est en général que passagère et le remède, pour être efficace, doit être renouvelé plusieurs fois dans la même journée. Il est souvent difficile à faire accepter par les parents, dont il contrarie les idées reçues, mais le médecin doit passer outre, lorsque l'indication est évidente, en représentant qu'il y a là une chance suprême de salut qu'il est de son devoir de ne pas négliger.

On peut remplacer les affusions froides par des bains frais administrés comme dans la fièvre typhoïde ou par l'enveloppement de tout le corps dans un drap mouillé. C'est au traitement systématique par les bains de 20 à 30° suivant les cas que l'on recourra dans toutes les scarlatines à hyperthermie prolongée. Quelque utile que soit ce traitement, il doit être employé avec certaines précautions. On l'a accusé de provoquer facilement chez les enfants le collapsus; aussi fera-t-on bien d'administrer un cordial (porto, cognac) dans le bain ou immédiatement après.

Les antipyrétiques internes, tels que la quinine ou l'antipyrine, donnent de moins bons résultats que le traitement par les bains.

Les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek ont été plusieurs fois essayées contre la scarlatine; nous les avons employées nous-mêmes, mais elles ne nous ont donné, pas plus qu'à d'autres, des résultats favorables.

Dans la scarlatine à forme adynamique, on prescrira le quinquina, l'alcool, le vin de Champagne et, en cas d'hémorragies, les acides, le sulfate de quinine, le perchlorure de fer, l'extrait de ratanhia. Les injections sous-cutanées d'éther ou de sérum artificiel seront indiquées dans les cas de collapsus.

Lorsque l'éruption se fait mal, on ordonnera une potion contenant de 1 à 4 grammes d'acétate d'ammoniaque suivant l'âge.

Si l'enfant se plaint d'une sensation pénible de chaleur à la peau, on y remédiera par des lavages froids ou tièdes et par des onctions avec la vaseline, moyen bien préférable aux frictions avec le lard, préconisées par Schneemann.

Lorsque l'angine est vive, de petits morceaux de glace, avalés de temps en temps, procureront un soulagement notable. Pour peu que l'angine présente une certaine intensité, nous pratiquons la désinfection de la gorge au moyen d'irrigations avec l'*acide salicylique* à 1 1/2 pour 1000, répétées toutes les trois heures, et de badigeonnages au jus de citron. Quelques auteurs ont conseillé de pratiquer également des injections désinfectantes dans les fosses nasales, mais cette pratique nous paraît dangereuse ; ces injections peuvent transporter des germes infectieux dans les trompes d'Eustache et occasionner ainsi des otites. Moizard (1) signale plusieurs cas où cette complication a paru due aux injections nasales; il se contente de faire renifler de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie et d'introduire dans les narines de la vaseline boriquée ou d'insuffler de la poudre d'aristol.

Dans les cas d'angine pseudo-diphtérique grave, Heubner (2) recommande l'injection dans le tissu de l'amygdale d'une solution d'acide phénique à 3 ou 5 pour 100, faite avec une seringue dont la canule est munie d'un arrêt qui empêche la pointe de pénétrer au delà d'un quart à un demi-centimètre. Ce moyen paraît lui avoir donné de bons résultats. Dans les cas moins sérieux, on pourra pratiquer des badigeonnages du pharynx à la glycérine résorcinée à 5 ou 10 pour 100 précédés d'un lavage boriqué.

Les abcès ganglionnaires du cou seront traités par l'incision, le drainage et le pansement antiseptique.

S'il survient, pendant la convalescence, une néphrite s'annonçant par de la fièvre et des douleurs rénales vives, on fera sur la région lombaire une application de ventouses sèches ou scarifiées, en même temps qu'on prescrira des boissons légèrement diurétiques. Nous ordonnons en pareil cas l'infusion de sommités de genêt (3 pour 150), additionnée de 2 à 3 grammes d'*acétate de potasse*. Si la diurèse ne se produit pas suffisamment et qu'un bruit de galop ou la diminution du premier bruit cardiaque indiquent une dilatation du ventricule gauche, nous recourons à l'*infusion de feuilles de digitale* (0,05 à 0,10 pour 150,0). Juhel-Rénoy (3) a vu, dans un cas d'anurie accompagné de délire et de coma, la guérison survenir à la suite d'un bain à 25°.

Contre l'anasarque, on ordonnera avant tout le *régime lacté*, qui agit à la fois comme tonique et diurétique ; on tiendra le petit malade

(1) Moizard, *Traité des mal. de l'enfance*, t. I, 1897, p. 157.
(2) Heubner, *loc. cit.*
(3) Juhel-Rénoy, *Soc. méd. des hôp.*, 2 fév. 1894.

au lit, on fera entourer tout son corps de ouate, pour empêcher le refroidissement et faciliter la diaphorèse, et on cherchera à exciter celle-ci par des bains chauds suivis de l'enveloppement dans d'épaisses couvertures. On y joindra l'usage d'une tisane diurétique additionnée de 5 à 10 grammes d'acétate de potasse par litre, et, dans les cas urgents, l'administration d'un purgatif, tel que les poudres de *jalap* et *scammonée* (0,20 à 0,30 gr. de chaque) ou l'*eau-de-vie allemande*, à la dose de 5 à 10 grammes, suivant l'âge.

Si l'anasarque s'accompagne d'œdème pulmonaire, on ajoutera aux moyens précédents des applications de *ventouses sèches* à la base de la poitrine et l'emploi des *vomitifs*, surtout de l'ipécacuanha, alternant avec celui des *stimulants diffusibles* (alcool, éther sulfurique, ammoniaque, camphre). Les épanchements séreux seront traités comme l'anasarque, et seront ponctionnés au besoin.

Ce sera aux drastiques qu'on devra recourir en cas d'accidents d'encéphalopathie albuminurique ; en outre, si l'enfant n'est pas trop anémié, on n'hésitera pas, dès les premiers indices du mal, à appliquer une ou deux sangsues derrière les oreilles ; chez les enfants vigoureux, au-dessus de dix ans, lorsque le pouls est fort et vibrant, la saignée générale sera faite séance tenante, si le coma a résisté aux sangsues. Quand les convulsions dominent, et que les attaques sont subintrantes, on prescrira le *chloral* à la dose de 20 à 50 centigrammes répétée plusieurs fois par jour si cela est nécessaire, et on y joindra des applications de glace sur la tête.

CHAPITRE II

ROUGEOLE

ÉTIOLOGIE. — La seule source actuellement connue de la rougeole est la contagion. Aucun âge, aucune saison, aucune maladie ne met à l'abri de la rougeole, sinon la rougeole elle-même, aussi est-elle une de ces affections à laquelle peu d'enfants échappent. Néanmoins certaines circonstances prédisposent à la contracter.

Cause déterminante. — Contagion. — La rougeole est très contagieuse, comme le prouve sa présence permanente dans les hôpitaux d'enfants où l'isolement n'est pas pratiqué et où elle atteint presque tous ceux qui ne l'ont pas encore eue. Le contage aérien paraissant peu diffusible, c'est par la contagion immédiate que se propage le plus souvent la maladie. Dans l'épidémie des îles Feroë, dont Panum (1) put suivre pas à pas la propagation, pas un cas ne se manifesta sans que l'individu atteint n'eût été en rapport avec un malade ; c'est à la suite de cohabitations, de visites dans la chambre d'un malade, que la rougeole se prenait, si bien que Panum nie l'existence du contage atmosphérique, puisqu'un isolement rigoureux a suffi pour préserver un millier d'habitants. La contagion médiate par les habillements ou les objets qui ont été en contact avec le malade est moins à craindre dans la rougeole que dans la variole et la scarlatine ; néanmoins, Panum croit avoir démontré dans plusieurs cas que la maladie a été propagée par l'intermédiaire du médecin.

(1) Panum, *Virch. Arch.*, I, 1848, p. 492.

La rougeole est surtout contagieuse à la période d'invasion et pendant l'éruption ; d'après Béclère (1), il n'est pas démontré qu'elle le soit après le cinquième jour de l'éruption. Le fait qu'elle l'est dès le début, avant que l'éruption ait amené l'isolement du petit malade, explique la rapide diffusion de la maladie dans les écoles.

Inoculation. — Les essais d'inoculation, datant de plus d'un siècle (Home, 1758) et répétés depuis avec succès (Katona, 1842, Mayr, 1852), établissent que le contage existe non seulement dans l'épiderme et le chorion de la peau pendant l'éruption, mais aussi dans le sang et les diverses sécrétions, telles que le mucus nasal, les larmes, etc., à la période d'invasion. Josias (2) a réussi récemment, en badigeonnant avec le mucus nasal de morbilleux les fosses nasales et la gorge de singes, à déterminer chez quelques-uns de ces animaux des symptômes et un exanthème analogues à ceux de la rougeole. Par contre, les écailles furfuracées de la période de desquamation ont été inoculées sans résultat par Monro et par Mayr. Rien de certain n'est encore acquis sur la nature du contage morbilleux, quoique plusieurs auteurs aient décrit des microorganismes qui leur ont paru spéciaux à la rougeole [Coze et Feltz, Canon et Pielicke (3), etc.].

Épidémies. — La rougeole règne endémiquement dans tous les grands centres de population ; elle subit néanmoins, même dans les villes, des fluctuations considérables, suivant les années et l'époque. Ces *recrudescences épidémiques* qui, dans les campagnes, et surtout dans les îles, sont séparées par des intervalles de disparition complète de la maladie, sont d'autant plus considérables que l'intervalle entre les deux épidémies a été plus long. On a pu remarquer dans quelques villes une certaine périodicité dans le retour des épidémies de rougeole, qui a varié de deux à quatre ans. Cet intervalle doit différer d'une localité à l'autre, suivant le nombre d'individus épargnés par l'épidémie précédente ou nés depuis lors, l'intensité des rapports sociaux et les occasions de contagion ; c'est ainsi qu'il a été de soixante-cinq ans aux îles Feroë (Panum). Citons principalement

(1) Béclère. Thèse de Paris, 1882.
(2) Josias, *Acad. de méd.*, 8 mars 1898.
(3) Canon et Pielicke, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, n° 16.